

中國史新論——醫療史分冊

生命醫療史研究室◎主編

最後，我要在此感謝各冊主編、參與撰稿的海內外學者，
以及中研院出版委員會、聯經出版公司的鼎力支持。

王汎森 謹誌

2008年10月22日

史語所八十周年所慶日

目次

《中國史新論》總序	王汎森 i
導言	生命醫療史研究室 1

杜正勝

另類醫療史研究20年——史家與醫家對話的臺灣經驗	7
一、史家與醫家有交集嗎？	7
二、臺灣一個史學新領域的誕生：另類醫療史	11
三、看得見的成長：從茅廬到華廈	18
四、新腳成軍，十年斐然	27
五、另類醫療史的再思	34
附錄一 「疾病、醫療與文化」討論會歷年活動	40
附錄二 「生命醫療史研究室」歷屆研討會	46

林富士

中國的「巫醫」傳統	61
一、引言：「獵巫」的醫學史？	61
二、巫為醫先	63
三、「巫醫」考釋	75
四、巫醫同職共事	88

五、病人巫醫兼致	93
六、信巫不信醫	106
七、不用巫醫與巫醫無用	131
八、結語：在批判與禁斷之下	140
 范家偉	
魏晉南北朝隋唐時期的醫學	151
一、引言	151
二、魏晉南北朝隋唐醫學發展的特點	153
三、世家大族與醫學傳承	158
四、隋唐時代官方醫療機構	162
五、士人知醫	169
六、醫學經典的重整——以《新修本草》為中心	174
七、方書與醫學知識的整合——以孔穴知識為例	179
八、佛道與醫療	185
九、總結	191
 李貞德	
性別、醫療與中國中古史	195
一、前言：從一組生產造像談起	195
二、女性作為被照顧者	198
三、女性醫療照顧者	222
四、結論：複數的醫療史和多元的中國中古史	241
 陳元朋	
宋代儒醫	245
一、引言	245

二、宋代士人尚醫風氣的形成背景	249
三、尚醫士人的醫學知識掌握深度	268
四、從「尚醫」到「醫者身分結構」的轉變	278
五、「儒醫」稱謂的出現及其延續	286
六、結論	298
附錄 兩宋官方醫籍編校暨刊印簡表	300
 梁其婆	
明清社會中的醫學發展	307
一、醫者與醫學知識的傳播	309
二、有形與無形的制度	319
三、觀念的變化	328
四、結論	334
 邱仲麟	
醫資與藥錢——明代的看診文化與民眾的治病負擔	337
一、前言	337
二、惠民藥局未能惠民	339
三、醫者出診與交通工具	345
四、病家延醫的其他支出	352
五、生熟藥材與藥錢負擔	358
六、負擔能力的兩極化	366
七、社會認知與儒醫的醫道	373
八、結語	381
 祝平一	
疫病、文本與社會：清代痧症的建構	387

一、引言	387
二、文本及其指稱功能	392
三、瘳之為疾：指稱與實體	401
四、瘳為疾乎？	415
五、結語	425

張哲嘉

清代檢驗典範的轉型——人身骨節論辨所反映的清代知識地圖	431
一、前言	431
二、清代醫學所認識的人身骨節	433
三、清代檢驗知識之加速進展	440
四、乾隆、道光間對檢骨〈圖〉、〈格〉的商榷	447
五、許棟對檢骨〈圖〉、〈格〉的全面檢證	455
六、結論	469

皮國立

清代外感熱病史——從寒溫論爭再談中醫疾病史的詮釋問題	475
一、前言	475
二、學說創新之外——復古尊經思想的影響	487
三、檢討溫病學與古典傷寒的關係——地域與方劑論述	493
四、外感熱病學門的問題——定義疾病之分歧	509
五、結論	520

李尚仁

晚清來華的西醫	527
一、中國環境與歐洲人健康	533
二、治療中國病人	542

三、西方醫學遭遇的反挫	551
四、研究中國醫學	555
五、傳播西方醫學	560
六、結語	568
英文目次	573

明清社會中的醫學發展

梁其姿^{*}

在醫療制度史上，明代以後中央政權採取的政策較之前的宋元兩代消極。宋代的中央醫藥政策比較積極，特別在醫學教育、醫籍纂修與出版、醫療知識傳播方面¹。元代政府雖然沒有能力或足夠的時間來延續所有宋代的政策，但基本上延續了宋代部分制度，並另有建樹²。到了明代，中央政權對醫政的興趣明顯下降。源自宋元時代的諸多政策漸趨鬆懈，到了明中期以後甚至到了徒具虛名的程度。可以說明清帝國政府並沒有深化全國醫療體系的構想或意圖，也沒有堅強化醫學知識正統的野心。醫療市場的運

* 中央研究院院士、香港大學香港人文社會研究所所長。

1 梁其姿，〈宋元明的地方醫療資源初探〉，《中國社會歷史評論》3(2001)：219-237；

Goldschmidt, Asaf, *The Evolution of Chinese Medicine in Song Dynasty, 960-1200* (London: Routledge, 2009); T.J. Hinrichs, “The Medical transforming of governance and southern customs in Song dynasty China (960-1279 CE)” (Ph.D Thesis, Harvard University, 2003).

2 Reiko Shinno, “Medical Schools and the Temples of the Three Progenitors in Yuan China:

A Case of Cross-cultural Interactions,” *Harvard Journal of Asiatic Studies* 67.1 (2007): 89-133; Chao Yuan-ling, *Medicine and Society in late Imperial China. A Study of Physicians in Suzhou, 1600-1850.* (New York: Peter Lang, 2009). Chapter 2, “The Temple of the Three Emperors,” pp. 53-78.

作、醫籍的書寫、出版與流傳，可說幾乎完全依靠社會的力量來推動。

雖然如是，明清時期的醫療文化與醫療知識建構的發展因為有共同的經典，仍有理路可循。雖然明清的醫學傳統並非單一，大致上可分為主流與非主流傳統，但就算不同傳統對經典有不一致的解釋與利用，兩者均約莫以經典為依歸。經典建構的過程是漫長而複雜的，其中最關鍵的時代是在宋金元三代。經典建構過程中有兩個重要因素：其一是宋代政府醫官對古典醫籍的收集、編纂與修訂，以及宋代印刷術、印刷業的發展。經官方編修與印刷出版的醫籍，獲得了前所未有的權威與穩定性，並更得以新面貌流傳後世。要知道流傳到宋金時代的古醫籍主要為手抄本，無可避免地有諸多殘缺、散失、謬誤，對同一古籍也有多種版本。宋金政府醫官對從各處蒐集得來的古籍作了系統的整理，將修定後的內容經刻印技術確定下來，成為流傳後世的醫經之基本內容，也因此奠定了明清醫統的基礎。醫學經典的確定正呼應著金元醫學復古的召喚，進一步確定唐以前醫典的地位，諸如耳熟能詳的《黃帝內經》、《難經》、《傷寒論》、《諸病源候論》、《千金方》、《金匱要略》等，莫不是此時定型下來的經典。

第二個因素是金元時代醫學發展所產生的新醫典。此時印刷術已臻發達，新的醫典很快就被印刷出版，廣為流傳。所以明清以後主流醫家所認同的經典，除了宋金時代定型下來的部分古籍以外，還包括提倡回歸《內經》的金元醫家的新醫典，尤其是元代江南儒醫朱震亨的著作。此外，從南宋開始發展為專科的婦科、兒科著作，也成為明清醫者共同的知識庫。這些醫籍提供了對疾病分類、病因解釋、療法等的共同語言。而世人評斷醫術高低的主要標準之一，也自然是醫者對新舊經典的認識程度。

不過，經典的形成與定型化，當然不意味著醫學知識的統一。首先，不同派別、不同層次的醫者對經典的解讀並非一致。其次，主流醫生的醫學興趣也並非一成不變，往往隨著學術潮流而變。自從理學成為宋元以來思想發展的主流之後，催生了以「儒士」為楷模的「儒醫」身分的出現。儒醫不但熟讀醫學經典，執著於一定的醫療方式，而且不重鬼神。但是這

種醫療方式也同時創造了非儒醫，即邊緣醫者的活動空間。儒醫所不屑、或不擅長的知識與技術部分，漸由所謂「俗醫」、「福醫」、「草澤醫」、「巫醫」、「女醫」等邊緣醫者所傳承。這些邊緣醫者不講求精細的理論分析，也不擅長引經據典，而以手藝、經驗見稱、或以宗教手段處理困難的疾病。而事實上社會絕大部分民眾無緣或沒有足夠的財力與知識接觸主流儒醫，主要得依賴邊緣醫者來處理身體的問題。在明清以後，由於政府並不積極建立官方的醫療體制，也沒有設立類似科舉的考試來考核醫生的資格，任何一個自認有足夠醫學知識的人都可以以各種方式行醫，更讓邊緣醫者的「市場」進一步擴大。明清時期的醫療文化，是在這個背景下發展起來的。

一、醫者與醫學知識的傳播

明清中國並沒有如同時期歐洲的醫科大學、醫師公會或藥師行會等制度來建立專業的標準³，在合法與非法的行醫者、或售藥者之間並沒有清楚、客觀的界線，但是在明清獨特的醫療文化之下，仍然可以分辨主流醫者與非主流醫者。當然，兩者之間的差別並非由法律或制度來決定，而是以社會、文化地位來認定主流與邊緣的相對關係。

在沒有認證制度的規範與仲裁之下，主流醫生身分的妥當性，就必須依附在其他重要而相關的制度與標準上。自宋以來，滲透社會最深、影響

³ 有關英國近代早期醫師的專業化的討論，可見Margaret Pelling, *The Common Lot: Sickness, Medical Occupations and the Urban Poor in Early Modern England* (Longman, 1998). 特別是第10章，“Trade or Profession? Medical Practice in Early Modern England”。Pelling認為當時的所謂「專業化」仍脫離不了傳統「行業規範」原則。這其實顯示了西方醫師近代的專業化有其深厚的歷史根源，封建時代的行會是最重要的制度上的基礎。這個制度也是中華帝國所沒有的。Pelling另一論文“*Irregular Practitioners: A Wilderness of Mirrors*,” in *Medical Conflicts in Early Modern London* (London: Oxford University Press, 2003), pp. 136-188，則討論了主流的學院派醫生如何與所謂「非法」的醫者作區別。

人的價值觀與行為最大的制度，莫過於科舉。而科舉的主導思想就是宋元以來的儒學，即當時的理學⁴。用「儒醫」一詞來形容有學問與德行的醫生，最早出現於宋代，漸流行於元代，在明清時期成為極普遍的用詞。可以說，此名詞的歷史變化與科舉制度的發展緊密相扣，而「儒醫」也成為宋以來主流醫者自認為最貼切的身分描寫⁵。不過，「儒醫」一詞雖然早在宋代已出現，但是儒醫的形象在當時仍很模糊，要到元明以後，主流醫者才清楚地、有意識地以「儒醫」自居，而「儒醫」的醫學訓練、醫療觀念與行為，才出現一個較具體而固定的模式。與之同時，在這個儒醫模式以外的醫者，漸漸被排擠在主流醫療市場的邊緣上，形成了主流醫者與邊緣醫者的區隔。不過，所謂主流醫者所接觸的病人，不一定比「邊緣」醫者多。以當時社會的活動層面而言，後者的影響力不見得比前者低，不過在醫學書本知識建構與傳播方面，儒醫的影響力確實遠超乎後者。

(一) 主流醫學與醫者

明初以來的學術界對主流儒醫的內容已有一定的共識。明初著名理學者金華士人宋濂(1310-1381)，在為其同鄉大儒醫朱震亨(1282-1358)之《格致餘論》所作題辭中這樣寫道：

金之以善醫名，凡三家，曰劉守真氏，曰張子和氏，曰李明之氏。雖其人年之有先後，術之有攻補，至於惟陰陽五行，升降生成之理，則皆以黃帝內經為宗，而莫之有異也。張一再傳，其後無所聞。李雖多門弟子，又在中州，人有罕知之者。獨劉之學，授之

⁴ 有關中國科舉的文化史的最新討論，參看Benjamin Elman, *A Cultural History of Civil Examinations in Late Imperial China* (Berkeley: University of California Press, 2000)。

⁵ 有關儒醫最早的討論，參看Robert Hymes, "Not Quite Gentlemen? Doctors in Sung and Yuan," *Chinese Science* 8 (1987): 9-76. 較近期陳元朋將「儒醫」一詞作更精細的歷史分析，參看其《兩宋尚醫士人與儒醫》(臺北：國立臺灣大學出版中心，1997)。

荆山浮屠師，師來江南，始傳太無羅知悌于杭。太無……無有能承其學者，又獨至烏傷朱君，始能傳之。

從這段文字中看出，宋濂採納儒學傳承的模式，來建構明初主流醫學的傳統。這些主流醫者雖各有所長，或重「攻、下」、或強調「補」的療法，但重要的是他們皆以黃帝內經為依歸。尤有進者，宋濂跟著描述朱震亨向羅知悌學醫的過程，尤其清楚地透露他心目中明初主流學術傳承的重點：

忽有以太無為告者，遂還杭拜之。凡十往返不得通。君乃立其門，終日不動，太無憐其志，為敷暢三家之旨，而一析以經⁶。

宋濂筆下朱震亨的求學過程以著名的程門立雪故事為模式，其以理學傳統為依歸樹立醫學傳統之意甚明。宋濂的述說同時也強調了宋金時醫學中心雖然起於北方，但在明初已移至江南。對他而言，「中州」是個偏僻之地，因此縱使那裡有重要的醫者，卻已是「人有罕知之者」。經過元代統一中國，文化中心已然移至江南。朱震亨雖身為南方人，但以北方(金代)醫學正統之繼承人自居，反對宋代的「局方之學」，遂成為明清時期主流醫學之宗師。除宋濂外，元末明初金華另一重要學者戴良(1317-1383)，同樣地確定金元醫學這個大傳統，並以朱震亨為傳統繼承者與發揚光大者⁷。換言之，醫學正統在明初即被公認源自金代的河間人劉完素(1120-1200)、隨州人張從正(1156-1228)與真定人李杲(1180-1251)，集大成於元代的金華儒醫朱震亨⁸。

⁶ 見丹波元胤編，《中國醫籍考》(原版1826)(北京：人民衛生出版社，1983)(1956)。

⁷ 戴良，《九靈山房集》，收入《四部叢刊初編243》(上海書店，1989)，卷10，〈丹溪翁傳〉，頁6下-14上。

⁸ 有關金元醫家傳承的追溯與建構，參看Wu Yiyi, "A Medical Line of Many Masters: A

金元四家這個以理學傳承為模式的醫學大傳統，對明清主流醫學發展有深遠的影響，其中以朱震亨的角色最為重要。朱震亨確定了明清時期主流醫學發展的兩個主要特點：首先，主流醫學無論在知識內容或傳承形式上，皆以理學為最高的指導原則，醫學被視為理學之下的一門學問；其次，這個傳統的中心在江南。第一點可從朱震亨的同鄉不敢以「醫」相稱，而以「儒」稱之可看出。明代崇禎本的《義烏縣志》將朱震亨放在人物傳的「儒林」列(卷12，頁18上至下)、嘉慶版的方志則將之歸入「理學」類(卷14，頁14上至16下)，而非一般醫者的「方伎」類。能得到這樣的肯定的明清醫生並不多見，朱震亨的例子無疑為無數後來的主流醫者立了一個最高的榜樣。同時，明以後最有影響力的醫家，十之八九來自江浙地區，也與明初朱震亨在浙江金華的開枝散葉有關係⁹。

朱震亨以後的主流醫師，雖然能如他一樣在儒學傳統裡得到承認的極少，但無不以儒醫自居。因此他們在學習過程一開始，就必須把主流的「醫統」認識清楚。明中期重要的醫學入門書，江西人李梃所著的《醫學入門》(刊於1575年)，在卷首把「歷代醫學姓氏」作了排列，排在最前面的就是「儒醫」。他是這樣為儒醫定義的：「秦漢以後，有通經博史，修身慎行，聞人巨儒，兼通乎醫。」在儒醫之後才按序排列了「明醫」、「世醫」、「德醫」、與最後成為末流的「仙禪道術」¹⁰。從今天的角度看來，「明醫」、「世醫」、「德醫」乃我們統稱為「專業」醫生的人，地位居然不及「兼通乎醫」的儒者，這實在有點不可思議，然而這正是明清時期主流醫學的

(續)

Prosopographical Study of Liu Wansu and his Disciples from the Jin to the Early Ming,” *Chinese Science* 11(1993-4): 36-65.

⁹ 有關理學在朱震亨醫學中的分量，參看美國學者費俠莉的近作，Charlotte Furth, “The Physician as Philosopher of the Way: Zhu Zhenheng (1282-1358),” *Harvard Journal of Asiatic Studies* 66.2(2006): 423-459. 近年研究包括張學謙的〈元明儒醫思想與實踐的社會史——以朱震亨及「丹溪學派」為中心〉(香港中文大學歷史系博士論文，2012年5月)。

¹⁰ 李梃，《醫學入門》(天津科學技術出版社，1999)，上冊，〈卷之首〉，頁17-53。

特色。而在李梃目中，明初以來直至他為止的儒醫僅六、七人，遠少於廿六、七位「醫極其明者」的「明醫」，足見「儒醫」之可貴。李梃對古今醫士分類排列無疑反映了當時主流醫生對主流、末流的看法。

李梃是如何教子弟成為「儒醫」呢？在《入門》最後的「習醫規格」中，他這樣寫道：「每早對《先天圖》靜坐，玩讀《孝經》、《論語》、《小學》；大有資力者，次及全部《四書》、古《易》白文及《書經》洪範、無逸、堯典。蓋醫出於儒，非讀書明理，終是庸俗昏昧，不能疏通變化。」¹¹所以習醫之人最緊要之事，是先要熟習儒典。被李梃列為「儒醫」之一的明初醫生劉純(14世紀後期人)，為子弟寫的訓語「蘭室誓戒」中第一條也這樣寫著：「醫術，本吾儒之餘事也」¹²，這段文字清楚地說明了「儒醫」的身分認同。

在「儒醫」之下的明醫、世醫、德醫等，雖被認為醫術極高明，但因其第一身分並非儒者，在自許為「儒醫」的人眼中看來，他們的地位不免較低。只是就今天研究醫史的人而言，這些當時被認為只具精湛醫術的專業醫人，他們的重要性應不在儒醫之下。不過無論如何，這批未能列名儒醫的專業醫生仍屬當時主流醫者。李梃所列的明醫、世醫、德醫之中，有不少就是當時極有影響力的御醫或太醫，得為皇族或貴族診治服務；並且這些人或出身醫學世家，或著述重要的醫書，儼然是當時的重要醫者。我們也可以從方志的資料裡了解明清主流醫者的大概情況，明清時期這類醫生主要來自江南，其中方志所載在地方有名望的醫生中有家學者，以江蘇省最多，明代近四百人，清代超過八百人，共一千多人。其次是浙江與安徽，兩朝合起來每省均超過二百人¹³。

這些不同層次的主流醫者，學問與醫術的造詣雖然有差別，但是對醫

¹¹ 李梃，《醫學入門》，下冊，頁1487。

¹² 劉純，《雜病治例》(臺南：莊嚴，1995，四庫全書存目叢書，子部41)，頁437。

¹³ 邱仲麟，〈綿綿瓜瓞——關於明代江蘇世醫的初步考察〉，《中國史學》13(2003): 45-67；梁其姿，〈宋元明的地方醫療資源初探〉(2001)，數字統計在頁234。

學知識的源頭與診斷方式，仍有一定的共識。例如李梃「習醫規格」中引同為明代的陶節庵之言：「蓋方藥而外於《本草》，理趣而外於《素》、《難》及張、劉、李、朱，縱有小方捷法，終不是大家數，慎不可為其誣惑。」¹⁴換言之，主流醫學知識的權威，來自上古至漢代的經典，與以回歸《內經》為已任的金元四家的著作，更以朱震亨為核心的流派為典範。在醫籍的正統源流中，隋唐至宋代醫人之作，反倒是較受爭議的。在診療程序方面，他們堅持「四診」（望、聞、問、切），以「八綱」（寒熱、虛實、表裡、陰陽）作為診斷的標準，同時以「五運六氣」理論對病證發展作推測。在療法方面，主要以內服藥物為主，藥物的配合與分量的掌握成為一門藝術。他們深諳藥性，以此為立方藝術的基礎。主流醫生因能掌握來自醫典的深奧學問，對身體構造、病因、病理、以及藥物均有理論上的認識，自認能對病情有整體的看法與解釋，這包括了病人的經脈氣血臟腑狀況、性情、外部的起居環境、患病的情境等，所以才能對症下藥。這種著重典籍的學問、講求立方的優雅療法，讓主流醫者在醫療市場占據著中心位置。也這是這種醫療哲學與方式，給予了為數更多的邊緣醫者更大的施展空間。

（二）邊緣醫學與醫者

元以後主流儒醫學的形成，有立有破；一方面立於經典與理論的建構之上，另一方面則必須排除某些傳統知識與技術。換句話說，直至宋代，醫者對所有傳統的知識與技術採取包容的立場。此時醫者的形象仍類似古代的扁鵲與華佗，以多才多藝、靈活運用各類治療方式見稱。《史記》描述下的扁鵲：「過邯鄲，聞貴婦人，即為帶下醫；過雒陽，聞周人愛老人，即為耳目痹醫；來入咸陽，聞秦人愛小兒，即為小兒醫：隨俗為變」。《後漢書》裡的華佗不但「精方藥，其療疾，合湯不過數種」，更通針灸：「若當灸，不過一兩處，每處不過七八壯，病亦應除。若當針，亦不過一

¹⁴ 李梃，《醫學入門》，下冊，頁1487-88。

兩處」，尤善於開刀治療：「若病結積在內，針藥所不能及，當須割割者，便飲其麻沸散，須臾便如醉死無所知，因破取。病若在腸中，便斷腸湔洗，縫腹膏摩，四五日差，不痛，人亦不自寤，一月之間，即平復矣。」一直到宋代，許多著名醫者的形像都是多元活潑，甚至帶有一種叛逆性格的。如當時士人劉跂這樣描寫著名小兒醫錢乙：「其篤行似儒，其奇節似俠。術行而身隱約，又類有道者。」詩人黃庭堅心目中的名醫龐安常在年輕時「豪縱，鬥雞走狗，蹴鞠擊毬，無所不為」後「輕財如糞土而樂義，耐事如慈母而有常；似秦漢間游俠而不害人，似戰國四公子而不爭利。」¹⁵

到了明清時期，以灸艾、割割見稱的「儒醫」，可說絕無僅有。性格不羈如龐、錢者亦極少見。朱震亨嚴肅專注的儒醫形象成為主流醫者的最理想寫照。雖然李梃仍以明醫、世醫或德醫來稱呼扁鵲等前代名醫（上述這些醫者沒有一個被李梃列為最高境界的「儒醫」），但是他們的醫療行為與所擅長的一些療法，因為不符合儒醫的典範，漸漸被排擠到邊緣的位置。換言之，主流與邊緣醫者的分別，不單在於療效之高下，更關鍵的因素是在於治療的方式與倫理。古代以來一些重要療法與專科，到了元代以後重要性逐漸降低，如灸法、眼科、傷科及一般外科等。以這些專科見長的醫者，自然被認為不通經典，以致於其醫術也受到質疑。

元明之際以針灸著名的滑壽（1304-1386），對灸學在當時所受到的排擠已發出不平之鳴，他指出《內經》裡所載服藥之法不過佔療法十分之一、二，灸法則三、四，最多的是鍼刺，約佔十之八九，然而「厥後方藥之說肆行，鍼道遂寢不講。灸法亦僅而獲存，鍼道微而經絡為之不明……」¹⁶這裡指的「方藥之說肆行」，無疑正是儒醫成為典範之後，療法風氣改變的主要現象之一。針灸在元以後漸次成為一種專門手藝，並非是所有主流醫者都擅長或愛施展的療法。大陸學者高偉編的《金元醫學人物》一書中，所舉絕

¹⁵ 李濂（1488-1566），《醫史》（廈門大學出版社，1992），頁77及86。

¹⁶ 滑壽，《十四經發揮》（日本寛永二年梅壽據明嘉靖七年長湖薛己刊本翻刻本），〈自序〉，頁4上。

大部分以針灸見稱者，其重要性都遠不及滑壽，且不少針灸醫者標榜受教於神人、道人等，因此除了通針灸外，他們亦多通丹術與符籙¹⁷。到了明代，以儒醫自許的名醫，不少已不用針。安徽名醫孫一奎(1522-1619)為一病者處理膿腫時，雖明知必須用針引膿而出，不過按他的記載「予生平心慈，不能用針。」最後仍另請一「外科良手」來處理¹⁸。「心慈」即儒者之「仁」，儒醫因仁而不用針，治療針灸術在元以後漸偏離「儒醫」的主流興趣，更轉趨接近注重手藝或道教的傳統。

眼科的發展亦類似針灸。元末名醫倪維德(1303-1377)在其眼科專書《原機啟微》的序中這樣寫道：「醫為儒者之一事，傷寒內傷，婦女小兒，皆醫通習也。又不知何代而各科之……」在感慨當時醫學已分為專科，古代扁鵲之全能傳統已流失之餘，他更慨歎眼科之不受重視：「為醫者，傷寒內傷，婦女小兒，頗為致力也……惟歎其治眼一書，獨缺不全……意以古人輕之，而不為之著說耶？抑亦授者之不真，而惟受之於淺薄耶？」¹⁹ 眼科的療法與針灸相同之處在著重手藝，但元以後儒醫重理論、方藥，致令這類講求手藝的「專科」不受主流醫者青睞，遂漸為「淺薄」者壟斷，正是倪維德最感不平處。

事實上，一般的外科、瘍科亦同樣經歷了邊緣化。南宋著名的陳自明(13世紀中期)在其《外科精要》中提到：「自古雖有瘍醫一科，及鬼遺等論，後人不能深究，於是此方淪沒，轉乘迷塗，今鄉井多是下甲人，專攻此科……蓋醫者少有精妙能究方論者……況能療癰疽、持補割、理折傷、攻牙療痔，多是庸俗、不通文理之人。」²⁰ 約百年之後，元代著名的齊德之(14世紀中期)對外科在醫統中的淪落更為感慨：「獨瘍科之流，多有不診其脈候，專攻

¹⁷ 高偉，《金元醫學人物》(蘭州大學出版社，1994)，頁44、46、61、71、131、239、284、260、356。

¹⁸ 孫一奎，《孫氏醫案》，在《孫一奎醫學全書》(北京：中國中醫藥出版社，1999)，卷3第85則，頁796。

¹⁹ 丹波元胤，《中國醫籍考》，頁921-922。

²⁰ 陳自明，《外科精要·自序》，引自丹波元胤《中國醫籍考》，頁939-940。

治外。或有證候疑難，別招方脈診察。於瘍科之輩，甘當淺陋之名，噫！其小哉如是。」²¹ 陳自明、齊德之從儒醫的角度去批評當時瘍醫之不學無術，其實也顯示了方藥成為主流療法後，注重手藝的療法，已吸引不到以儒醫自居的精英醫者，遂成為「淺陋」之「下甲人」所壟斷的專科。他們不重視四診的程序，亦不長於脈學，「專攻治外」難免被邊緣化。明洪武時期道教醫籍《仙傳外科秘方》討論大風癩病時也提到主流醫生對此疾之偏見：「奈明醫達士且畏其鄙猥，多不留心。一等無學之人，亂傳手法。」²² 足見有醜惡病癥的外科疾病，也因「鄙猥」為儒醫所抗拒。

而在各類專科之中，古代的祝由科，即後人稱之為巫醫者²³，元明之後最不能為儒醫所接受。事實上，宋代的政府與官紳已開始對巫醫作有系統的攻擊²⁴。雖然如此，宋金元間巫與醫之間的界線仍然不算分明。金代文人元好問(1190-1257)曾為一位軍旅中的醫人周夢卿的醫方集寫序。這位周醫士「屢以戰多，取千戶封，佩金符。然其舉子習氣故在也。中年以來，頗以醫藥卜筮為事。」²⁵ 周氏作為醫人並兼卜巫，其實是古代以來的常態。但儒醫應運而起之後，巫醫即不為主流所容。

無論是巫醫、眼科、針科、瘍科、祝由等，宋元以後諸多相關著作經常標榜神授，以增加其術之權威。然而這個傳統的做法，在儒醫眼中已不入流。元代士人王惲(1227-1304)在為鍼醫李玉詩卷所寫跋中，清楚地表達了

²¹ 齊德之，《外科精義·序》，引自丹波元胤《中國醫籍考》，頁943。

²² 《仙傳外科秘方·脩然子大風論》。脩然子即為北宋道士張繼先，但此處所引是否確為其所作，已成疑問。在《道藏要籍選刊》(上海：上海古籍出版社，1989)，第9冊，頁589。

²³ 張麗君，〈『五十二病方』祝由之研究〉，《中華醫史雜誌》27.3(1997)：144-147；林富士，〈試論漢代的巫術醫療法及其觀念基礎〉，《史原》16(1987)：29-53；〈中國六朝時期的巫覡與醫療〉，《中央研究院歷史語言研究所集刊》70.1(1999)：1-48。

²⁴ 楊倩描，〈宋朝禁巫述論〉，《中國史研究》1(1993)：76-83；T.J. Hinrichs, "The Medical transforming of governance and southern customs in Song dynasty China (960-1279 CE)" (Thesis (Ph.D), Harvard University, 2003).

²⁵ 元好問，《周氏衛生方·序》。此書已佚，元序見丹波元胤《中國醫籍考》，頁679。

儒者的立場。王惲曾患右髀痛，為著名鍼醫竇默(1196-1280)治愈。後見李浩，始知竇曾受教於李。從此故事，王惲帶出鍼醫師承的重要性；他說「向聞李君嘗遊江淮間，曾遇異人箴法。蓋以神授，未若李竇相傳，人事著明也。如太史公論方技，以怪志者，吾皆不取也。」²⁶ 儒對醫學正統發展之影響，可見一斑。

簡而言之，元以來凡是師承帶有神秘色彩、療法不以四診八綱為基本程序的醫人與醫術，均被排擠於儒醫所認同的正統之外。換個角度看，原本屬於古老醫統的許多技術與療法，到了宋金元之際，由於儒醫的興起，逐漸被排擠至邊緣的位置。除了講求手藝的各類專科外，師承不明、以便捷快速見效的草澤醫或走方醫療法，更是被排除在主流以外。有趣的是，經明清兩代儒醫主導醫學發展後，卻有儒醫回頭再審視這些後來被邊緣化的醫術，重新發現這些技術珍貴之處，以及這些療法與主流醫學的密切關係。乾隆時代的本草權威、來自浙江仕紳家族的趙學敏所編的《串雅》(1759)，就是最著名的例子。趙學敏訪問了同族的走方醫趙柏雲，與他談論醫理時發覺「頗有奧理，不悖於古而利於今」，雖然「其方旁涉元禁瑣及遊戲，不免誇新鬥異，為國醫所不道」但仍有不少可取之處，因此經他刪訂後成《串雅》²⁷。此書的1890年刻本，補上了丁氏八千卷樓所藏鈔本的一個「緒論」開宗明義即說：「負笈行醫，周遊四方，俗呼為走方，其術肇於扁鵲，華佗繼之，故其所傳諸法，與國醫少異。治外以鍼刺灸勝，治內以頂串禁截勝，取其速驗，不計萬全也。」²⁸ 所謂頂串禁截，就是以引發吐、瀉、汗等較激烈、讓病癥快速減退的療法。這些方式，固然與儒醫的細膩方藥療法大異其趣，但一旦與古代的扁鵲、華佗連上關係，儒醫也認為其法「與國醫少異」而重新獲得某種正當性。《串雅》的例子，正說明了明清時期沒有權威的制度來辨別的情況下，醫學與醫者的正當性或其是否合

乎正統，主要視乎儒醫的態度與解釋。

二、有形與無形的制度

雖然明清時代並沒有官方考試、或行會等制度來鑑定醫生與藥師的學識及醫術，但並不代表醫藥市場完全處於混亂的狀態，毫無監控機制。明清醫藥制度的監控可由兩方面予以討論，其一為醫業或藥業本身有形或無形的自律機制，其二則來自於應付社會醫藥需要的官方或民間機構。大體而言，如果醫藥業者有一定程度上的自律與醫療倫理的共識，民間的醫藥需求又能得到基本滿足的話，疾病所引起的社會問題才不會帶來動蕩不安。

筆者曾經為文指出明清的政府醫療制度與宋元相比，明顯弱化了，而且在明中期以後削弱更甚。宋代的中央機構，如擔負訓練醫士的太醫局、設在國子監的醫學、負責纂修醫籍的「校正醫書局」、以及在地方建置的惠民藥局等，都顯示宋代政府統籌醫政的野心。這是前代所不見後代亦無傳承，相當具有創見的政策。元代仍能保持惠民藥局與「醫學」等制度在地方上的運作，在某種程度上保證了醫療訓練與藥品供應的品質。同時元政府更創立拜祭黃帝、神農、伏羲的三皇廟，為醫學建立正統，宣示政府對醫政的重視²⁹。明以後，中央除了在初期延續惠民藥局與地方醫學等制度外，在醫政方面並沒有其他作為。

明中央只重視從民間徵召著名醫生入宮為皇室服務，並無任何統籌訓練天下醫士的野心，也沒有從法制面規範醫療行為的決心。祝平一之論文〈藥醫不死病，佛度有緣人〉即指出明清「庸醫殺人」之條例難以嚴格執行，往往徒具虛文³⁰。在缺乏清楚的行醫資格與法律責任的情況下，社會必

26 王惲，《秋澗先生大全文集》(上海書店，1989，四部備要叢刊)，卷73，頁2上。

27 趙學敏，《串雅內編·原序》(臺北：新文豐影印1890版)，頁1。

28 同上，緒論，頁2。

29 Angela Ki Che Leung, "Organized Medicine in Ming-Qing China: State and Private Medical Institutions in the Lower Yangzi Region," *Late Imperial China* 8.1(1987): 134-166; 梁其姿，〈宋元明的地方醫療資源初探〉，2001。

30 祝平一，〈藥醫不死病，佛度有緣人：明、清的醫療市場、醫學知識與醫病關係〉，

須對行醫資格與醫療責任有起碼的共識，醫者本身也必須有起碼的自律，才可以維持醫療市場的秩序。儒醫成為醫學主流後，多少催生了對醫生資格、層次高低的共識。可以說這個共識，乃拜成熟的科舉制度所產生的深遠的文化影響而得以維持。社會按某種比例原則期待醫者以儒者為榜樣，多從醫生的師承、醫典修養、家世及診療方式去評斷其等級與醫術。最能顯示這種共識的是，儒醫世家責成其子弟對醫業專注的家訓。

明初太醫劉純以朱震亨家訓為本，寫了訓誨子弟的「醫家十要」。一方面責成子弟「每日勤讀醫書，手不釋卷」，同時更有純粹專業上的要求：「早起晏眠，不可片時離店中。凡有抱病者至，必親自診視，用心發藥。」「照彼中鄉原立價，一則有益於已，二則同道不怪。」「行醫及開首發藥，當依經方寫出藥貼，不可杜撰藥名，胡寫秘方。」「同道中，切宜謙和，不可傲慢於人，年尊者，恭敬之。有學者，師事之……用和為貴。」此「十要」其實列出了儒醫在立方、要價、診療態度、與同行相處上等各種公認的行規。此外，劉純另撰「誓戒」，更具體要求子弟遵守正統診療原則：「切不可恃意妄為，穿鑿與人為治，誤人生命。不惟禍及自身，殃墮九祖……」「傷寒証候，宜熟讀傷寒論……大抵緊要在表裡虛實寒熱二字……。況一證有兼證……不可執一，當看證例約之。」「雜證看形氣實者，宜以劉、張大法治之。形氣虛者、脈虛或老幼羸弱脫榮者，宜以東垣之法治之。藥亦不可太雜。是以丹溪(朱震亨)云，吾每治病，用東垣之藥，效仲景(張機)處方，庶品味數少藥方專精也。」³¹「誓戒」寥寥數語，清楚地把元明白命儒醫的醫者所必須依從之醫療原則寫列出。

明清兩代雖然沒有正式醫學制度來訂定行規、醫學倫理與推廣正統知識與療法，但是在上述明初醫學世家的家訓及後來大量印刷流通的入門醫

(續)————

³¹ 《中央研究院近代史研究所集刊》68(2010.6)：1-50。

³¹ 劉純，《雜病治例》，頁436-437。此書前有〈蘭室集〉、〈醫家十要〉及〈蘭室誓戒〉。

書中³²，處處可見類似的訓誨，多少反映出當時主流醫學對療法與倫理的共識。如上述李梃《醫學入門》所列之「醫學規格」也說：「為人診視，先問証起何日，從頭至足，照依傷寒初証、雜証及內外傷辨法，逐一詳問……既診後，對病家言必以實，或虛或實，可治、易治、難治，說出幾分証候……不可牽強文飾……論方據脈下所定，不可少有隱秘。」對於診視女性所必遵守之小節，與病家在用藥上之商協、酬金之索取等各行規，也有具體的宣示³³。

與李梃《醫學入門》同時，儒醫自組的「醫會」也出現了。最有名的是徐春甫在1568年成立於順天府的「一體堂宅仁醫會」。醫會以誠意、明理、格致、審証、講學、辨脈、處方、體仁、忘利、恤貧為宗旨，結合46名當地的儒醫³⁴。這個醫會明顯是以推廣共同的倫理與醫學知識為主要任務。萬曆年間(1573-1620)浙江醫生諸餘齡在錢塘組成了「天醫社」匯集了當地名醫，性質看來與宅仁醫會相似。明清間也出現了以討論醫學理論為宗旨的組織³⁵。這些組織顯示了明清間，醫生這個行業雖然沒有官方的監督，但是本身已逐漸發展出一套行為約束與醫術探討的規範。雖然這些組織留下來的資料不多也很零散，但足顯示最早見於個別儒醫世家或世系的規訓與治療原則，經過明一代的發展，特別是大量醫學入門書的出版與鼓吹，漸漸催生了醫生組成的行業團體，更加強推動把這些世家規訓，轉變成為醫家共同遵守的原則。這個過程反映了明清主流醫學本身的動力與凝聚力，在完全沒有來自外界有形的督促下，醫者以儒學的發展模式樹立了共同的倫理與學術規範，為醫療市場建立了相對穩定的秩序，其結果猶如發展出一個無形的制度。

³² 梁其姿，〈明清中國的醫學入門與普及化〉，蔣竹山譯，在梁其姿，《面對疾病——傳統中國社會的醫療與組織》(北京：中國人民大學出版社，2012)，頁29-47。

³³ 李梃，《醫學入門》，下冊，〈習醫規格〉，頁1487-1490。

³⁴ 項長生，〈我國歷史上最早的醫學組織〉，《中華醫史學雜志》11.3(1981)：144-146。

³⁵ 梁其姿，〈明清中國的醫學入門與普及化〉，頁44。

當然，療法與倫理的規範在主流儒醫之間較能建立起來。印刷術所帶來的資訊流通，與儒醫之間構成之人際網絡維持了這個無形的制度³⁶。但是，邊緣醫學則缺乏類似的社會監督。晚明的呂坤(1536-1618)就因而提出「振舉醫學」的改革建議。希望政府把明初的地方醫學制度整頓，找當地有名望的醫生來主事，主要的工作是訓練並監督文化水準較低的男女醫者。呂坤甚至想出由病家填寫，用以評鑑醫家的「醫案」來約束這些只讀過一、兩本簡單醫書的醫生³⁷。呂坤的建議當然沒有被朝廷採納，但充分反映了下層醫療市場因缺乏有效的監督，所可能產生諸如庸醫殺人等等的問題。

明清的藥物市場，同樣在政府消極立場之下發展。明代雖延續了宋元的惠民藥局制度，但就算在明初期，這些機構已有規模縮小的趨勢，顯示朝廷並不重視。以杭州的惠民藥局為例，在洪武初年(14世紀後葉)設局八所，到了成化時(15世紀後葉)，只餘一所³⁸。而且很多藥局已無法秉承原來的任務，即隨時以官價購入儲存之藥餌接濟貧病之人，只能在夏秋之交時施瘡丸散。到了嘉靖(16世紀中葉)以後，許多藥局甚至連這個任務都做不到而徒留遺址而已；這般變化讓不少地方人士感到不滿³⁹。明中、晚期以後，除了在醫藥資源最豐富的首都北京仍有太醫與朝廷在疫災時施醫施藥外⁴⁰，大部分城市的惠民藥局與地方醫學已無法擔任類似的任務。

政府在這方面的不作為，交由民間力量對醫藥需求作了部分的填補。有關晚明至清代民間施藥的組織，已有相當之研究；如明末興起的同善會、

³⁶ 從明清出版的醫案、文集中都可看出儒醫的地區性網絡。

³⁷ 呂坤，《實政錄》在《呂子全書》(民初本)，2：27上-29上，47上-52上。

³⁸ 《武林坊巷志》(浙江人民出版社，1987)，1：40引成化府志。

³⁹ Angela Ki Che Leung, "Organized Medicine in Ming-Qing China: State and Private Medical Institutions in the Lower Yangzi Region"; 梁其姿，〈宋元明的地方醫療資源初探〉(2001)，頁227。

⁴⁰ 邱仲麟，〈明代北京的瘟疫與帝國醫療體系的應變〉，《中央研究院歷史語言研究所集刊》75.2(2004)：331-388。

著名士人陳龍正、祁彪佳、丁賓等人所組織的施醫施藥組織，至少在江南地區積極地施醫施藥，取代了官方惠民藥局原有的角色。在明末施善的基礎上，清代士紳更建立了規模較大，組織較長久的藥局。如清初蘇州朱姓世醫在當地世代施醫，以繼前代惠民藥局之任務⁴¹。或以江北高郵州在清初設立的藥局為例，到了雍乾時代此局已有診脈處、貯藥房、製藥房、以及供拜祭的藥王堂，同時還可收容一些老病貧人⁴²。從宋元二代官方的惠民藥局的制度，及其到明代的沒落，乃至明清之際民間施善藥局的普遍發展，從這個有趣的變化中似乎可以看到明代以來藥物市場的蓬勃發展。雖然我們對這個問題的經濟面尚待充分了解，但從零星的資料中可看出，當時藥業的行規清理性，足以反映穩定的市場秩序。從相關的藥王崇拜發展，也可看出日漸龐大的藥業商業利益⁴³。這些資料多少都顯示明清藥物的流通，應比前代更為活潑，至少在明清帝國東部與東南城市裡，這個市場不但能供應市民一般需求，同時還能承擔民間施藥行醫的各種善舉⁴⁴。

清代城市藥鋪的同行組織規模已相當可觀。乾隆年間，廣州附近的佛山鎮就開始籌建參藥行會館。當地藥行集中的豆豉巷27家藥店集資建所，「堂寢軒宏，木石堅致，祀祖師列聖以輯眾心，昭忠信也……諸肆既同會館，益矢慎矢誠，吾知仁術永流。」這個在「祖師列聖」之前公議以規範

⁴¹ 雍正十二年(1734)〈蘇州至行坊惠民藥局碑〉，在王國平、唐力行主編，《明清以來蘇州社會史碑刻集》(蘇州大學出版社，1998)，頁369。

⁴² 梁其姿，《施善與教化》(臺北：聯經出版公司，1997)，頁37-40、62-69、9-60；夫馬進，《中國善會善堂史研究》(北京：商務印書館，2005)，第二、三章。有關祁彪佳的藥局，參考Joanna H. Smith, "Opening and Closing a Dispensary in Shan-yin County: Some Thoughts About Charitable Associations, Organizations, and Institutions in Late Ming China," *Journal of the Economic and Social History of the Orient* 38.3 (1995): 371-392.

⁴³ 鄭金生，〈中國歷代的藥王及藥王廟探源〉，《中華醫史雜誌》26.2(1996)：5-72；劉小朦，〈皮場廟的源流〉，《中國社會歷史評論》15卷(2014)，頁22-38。

⁴⁴ 邱仲麟最近的一個研究顯示明中期以後藥物流通的發展，他認為藥材仍集中城市，同時南盛北稀，西北地域較乏藥物。參看〈明代的藥材流通與藥品價格〉，《中國社會歷史評論》9卷(2008)，頁195-213。

同業的會館，一直至清末「杜冒混於外，則斥魚目以顯明珠；防舞弊於中，則嚴非種以除稂莠。月謁歲祀，規矩肅然。」⁴⁵ 會館以宗教組織形式確立與維持藥業規範。同樣地，蘇州的同業原在城內設「三皇廟崇祀」，後來由於廟太小，於是在咸豐年間「同業集資，契買廟東貼隣陸姓房屋兩開間四進，起造太和公所，擴充三皇廟，以為議事整規之所」，太平天國亂後，因廟毀，同業再集資別處買屋三處，「起造大殿，供奉炎帝黃農氏位」……此公所規模日大，「每逢朔望拈香，集同業于斯，講求采藥之道地，考博炮制之精良，勿苟且而欺心，毋作偽而造孽……庶生財有道，源遠流長……。」⁴⁶ 公所以宗教力量，從道德面確立專業水準與行規，最終目標無疑是維持共同的商業利益。如上文所述，原三皇廟乃元代政府為建構醫統而建立，明之後中央認為於禮不合，不准地方醫業拜三皇⁴⁷。然而在明中以後的藥業商業力量突破了這個限制，部分地方業者恢復三皇信仰，或以「藥王廟」或「藥皇廟」等膜拜之地作為藥鋪或藥市公議的場所，確立行業的權威與「正統」⁴⁸。如果我們仔細找尋各地明清間的碑刻資料，相信類似的例子不在少數，尤其在華北、華東、華南等藥業興盛的地區。這些藥業行會、或圍繞著藥王廟、三皇廟等的組織，其實就是一種同業自律的制度，在很大程度上確定了藥物的品質與價錢，並對藥市起了穩定作用。醫業與

⁴⁵ 乾隆三十二年(1767)〈參藥行碑記〉，道光二十年(1840)〈重修參藥會館碑記〉，《明清佛山碑刻文獻經濟資料》(廣東：人民出版社，1987)，頁78-81, 141-143。

⁴⁶ 光緒十八年蘇州〈藥皇廟太和公所記〉，《江蘇省明清以來碑刻資料選集》(北京：三聯書店，1959)，頁223-224。

⁴⁷ Chao Yuan-ling, *Medicine and Society in late Imperial China. A Study of Physicians in Suzhou, 1600-1850*, pp. 53-78.

⁴⁸ 上海藥業的公議場所就是藥皇廟，亦建於乾隆年間。見嘉慶二十四年(1819)〈上海藥皇廟碑記〉，《上海碑刻資料選輯》(上海：人民出版社，1984)，頁257-8；Chao Yuan-ling, *Medicine and Society in late Imperial China. A Study of Physicians in Suzhou, 1600-1850*, pp. 53-78；趙晉，〈藥王崇拜與安國藥都的形成和發展——對一種商業崇拜現象的宗教社會分析〉，《昆明大學學報》1(2006)：50-53；鄭金生，〈中國歷代藥王及藥王廟探源〉，《中華醫史雜誌》26.2(1996)：65；劉小朦，〈皮場廟的源流〉，《中國社會歷史評論》15卷(2014)，頁22-38。

藥業有形或無形的自律制度，讓業者在缺乏官方權威監控下，仍然發展出行業市場的起碼規範，對病家來說確是一種保障。

此外，地方上還出現了各種不同的醫療機構。除了上文述及，主要由地方善士舉辦的醫藥慈善組織外，還有明中期以來在福建、廣東、江西等地，建立起來收容麻風病人的病院。從方志等資料可看出，明清間福建(至少16縣治設有收容所)、廣東(至少18縣治)、江西(至少5縣治)、浙江、湖南(至少各一)等地，均設有收容癩病患者的設備⁴⁹。這些組織與施醫藥的善堂不同之處，在於兩方面：其一，善堂乃由地方士紳與富民出資出力興辦，而麻風病院主要是接受地方政府資助；其二，麻風院基本上不施醫藥給病者，只是把他們收容起來，讓他們一方面有棲身之所，另一方面又可將他們隔離於社會以外，以防止該病傳染。麻風院、癩子營、存恤院的建立，可說主要是由於社會較迫切的需要。明清南方社會對麻風病傳染的恐懼與日俱增，民間要求把病人關起來的聲浪越來越大。在這樣的氣氛與認知下，最後是由地方政府承擔這個責任，把病人集中到城外偏遠之地以防傳染，而得以部分地滿足了社會的需要。從方志的資料看來，最早的麻風院在1518年建立於閩縣，這個「處惡疾」的病院，如養濟院濟貧病一樣「月有米，歲有衣」，但不同之處在於禁止病人入城⁵⁰，其隔離之功能甚明。隆慶年間(1567-1572)同省長樂知縣將原來養濟院內的癩民移至城外，主要就是「恐疾傳染」⁵¹。換言之，社會對疾病傳染的害怕，是這類病院建立的主因。為了平撫社會對疾病傳染的恐懼，地方政府責無旁貸，普遍建立病患的收容院。

麻風院建立的背景，也顯示出它並非一般善堂。善堂的建立與士紳、富民等社會精英本身的意識形態與政權共生關係有關，不一定完全是由於

⁴⁹ 明清癩病收容機構的分布與資料出處，可見拙著Angela Ki Che Leung, *Leprosy in China. A History* (NY: Columbia University Press, 2009), pp. 96-109, 231-233；有關部分麻風院的描寫，可參看拙作〈麻風隔離與近代中國〉，《歷史研究》5(2003)：10-13；蔣竹山，〈明清華南地區有關癩瘋病的民間療法〉，《大陸雜誌》90.4(1995)：43-44。

⁵⁰ 《福建通志》(1737)，13：36下。

⁵¹ 同上，13：37下。

社會急切的需要⁵²。善堂是地方士紳發揮其社會影響力的舞台，多設在人口集中的城鎮裡，以爭取城市居民的景仰。而麻風院則是政府平息恐懼與焦慮、維持社會穩定的政策，多設在人煙罕至之地，但求城市居民忘記這個疾病的威脅。同樣地，明清的麻風院，也有別於隋唐時佛教組織「癟人坊」。癟人坊要宣示的是宗教的慈悲與淨化作用，並不是為了防止傳染。因為當時對癟病傳染的看法仍非常模糊，癟人坊實不應被誤解成中國最早的隔離病院。

麻風院的出現，反映了明清間對疾病出現了新概念，也因而帶來前所未有的社會問題，即地方社會對疾病傳染的集體恐懼。有趣的是，當時他們害怕的傳染病，並非今天大家聞之色變的像是霍亂這類的急性傳染病，而是今天我們稱之為「慢性」的病症如麻風、瘻瘵等。雍正十二年(1734)江西大庾縣的麻風病人向當時的郡守陳情：「老城人禁阻入乞，養濟院孤貧亦絕與伍，殆將餓死」可見社會對病人的排斥，讓他們連乞丐與無依孤貧都不如。郡守發現這些病人不但為天所棄，也為人所厭，因此在當地爭取政府收容病者的名額，讓他們能賴以苟存⁵³。廣東社會似乎對癟病特別害怕，麻風院分布最廣，而且政府對每個麻風院都有固定的預算，即所謂按名額給付的口糧與衣布銀。從個別地方的記載，也可看出補助金額配合著病人癟狀的發展。如乾隆時代，惠來縣的五處癟民所將病患分等補助：「額一百七十一名，分潰爛、疲癃、殘疾三項。潰爛四十一名，人日給銀六厘；疲癃六十四名，人日給銀五厘；殘疾六十六名，人日給銀四厘。」⁵⁴足見當時政府對麻風病已有一定的了解，以比較固定與有效的政策來把病人與社會隔離開來。從愈來愈多的麻風院被迫遷建到離城很遠的荒山上，或移往人煙稀至的荒島上這個大趨勢看出，南方地方社會對麻風病的傳染性越來越害怕，對病人也更加排斥。

⁵² 梁其姿，〈施善與教化——明清的慈善組織〉，頁42以下。

⁵³ 《南安府志補正》(1875)，3：37下。

⁵⁴ 《潮州府志》(1762)，15：17上-下。

除了由恐懼麻風傳染而催生癟病院外，清代還有防止天花傳染的制度。這個制度主要是由入關以後的滿人所設。由於滿人在入關前主要在人口稀少的北方活動，鮮少接觸天花，因此大部分成人均沒出過痘，亦無免疫能力。入關後，因與漢人接觸頻繁，以致他們特別容易感染天花，染病後死亡率也特別高。滿人在入關前，在關外已有「避痘所」等設施以防傳染⁵⁵。入關後，初期即設立查痘章京處理滿人痘疹各種問題，包括順治年間將民間出痘者連家人驅逐城外四十里以防傳染等措施⁵⁶。換言之，為了減低天花傳染所可能帶來的政治與軍事問題，滿人在入關前後建立了各種新制度，到康熙時還邀民間痘師為皇室小兒種人痘⁵⁷。不過這些制度基本上侷限在東北地區與首都北京，沒有影響大多數住在京外的漢人。其實漢人與天花接觸有極長遠的歷史，至晚在宋代天花已被視為兒科病，大部分的成年人已具免疫能力，並不害怕傳染。同時，由於人痘接種的發展，至少從晚明開始已讓中土有能力的家庭可以為小兒接種，防止天行疫症之傳染⁵⁸。不過從麻風院、查痘章京等避疫制度，以及種人痘技術的普及可看出，明清社會對疾病傳染的問題，的確比前代敏感許多，因而採取了新的制度去應付這些恐懼。從這一點，我們可思考下一個問題，那就是明清時代身體觀、疾病觀的變化。

⁵⁵ 張嘉鳳，〈清初的避痘與查痘制度〉，《漢學研究》14.1(1996)：135-156。

⁵⁶ 梁其姿，〈明清預防天花措施之演變〉，《國史釋論》(臺北：陶希聖先生九秩榮慶祝壽論文集編輯委員會，1987)，頁247。

⁵⁷ Angela Ki Che Leung, "Variolation and Vaccination in Late Imperial China," in *Vaccinia, Vaccination and Vaccinology: Jenner, Pasteur and their Successors*, ed. S. Plotkin and B. Fantini (Elsevier, 1996), p. 67; Chang Chia-feng, "Strategies of Dealing with Smallpox in the Early Qing Imperial Family," in *East Asian Science: Tradition and Beyond*, ed. K. Hashimoto, C. Jami & L. Skar (Osaka: Kansai University Press, 1995), pp. 199-205; Lee, Wang and Campbell, "Infant and Child Mortality Among the Qing Nobility: Implications of Two Types of Positive Check," *Population Studies*, 48.3 (1994): 398, 401-402.

⁵⁸ 范行準，〈中國預防醫學思想史〉(上海：華東醫務生活社，1953)；梁其姿，〈明清預防天花措施之演變〉。

三、觀念的變化

身體觀、疾病觀的變化牽涉著錯綜複雜的因素。醫學知識的演變固然是其中主要的變數。但宗教信仰的影響、新疾病的傳入、乃至於環境變化等都會影響人對身體與疾病的看法。我們先從之前提及的「傳染觀」說起⁵⁹。人為何、如何染上疾病的各種說法，在前近代的西方與中國都是難以釐清的觀念。在19世紀末期歐洲的細菌論、實驗室醫學成為主流以前，細菌、病毒的觀念仍然缺乏清楚的輪廓與具體的證據。因此，疾病如何從一個身體傳到另一個身體，並不是一個容易解釋清楚的問題。傳統傳染的觀念裡面不免有多層重疊、矛盾的概念，牽涉著各種環境、傳染媒介、身體構造等想法⁶⁰。中國傳統醫學裡的傳染觀念同樣地不容易掌握。雖然「傳染」一詞最早在宋代已出現，但是這個詞與早期的「相染」、「漸染」、「染易」、「疰易」等有何異同，實難以完全釐清。隋代醫典《諸病源候論》對人染病過程有許多描寫，但大致上以人接觸病氣後生病這個過程為主軸，而病氣來由則各有不同，或由於氣候反常、即「歲時不和」，或來自各方的「風」，或冒犯鬼神所產生之厲氣不等。而人與人間的接觸傳染觀念，仍不離上古的鬼神信仰，如各種從病體或屍體飛出的「蟲」注入健康人體內致病的這個稱為「疰」的過程等⁶¹。

⁵⁹ 以下有關「傳染」觀念的討論摘自拙作“The Evolution of the Idea of Chuanran Contagion in Imperial China,” in *Health and Hygiene in Chinese East Asia*, ed. A. Leung and C. Furth (Durham: Duke University Press, 2010), pp. 25-50.

⁶⁰ Margaret Pelling, “Contagion/Germ theory/Specificity,” in *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*, ed. W.F. Bynum and R. Porter (London: Routledge, 1993), pp. 316-318.

⁶¹ 有關古代有關「疰」與傳染的考證，參看李建民Li Jianmin, “They Shall Expel Demons: Etiology, the Medical Canon and the Transformation of Medical Techniques Before the Tang,” in John Lagerwey and Marc Kalinowski, eds., *Early Chinese Religion, Part One: Shang through Han (1250BC-220AD)* (Leiden · Boston: Brill, 2009), vol. 2, pp. 1103-

明清以後，經典的「病氣」染病觀仍佔主流。隋唐醫籍裡大談特談的「疰」的染病過程，並未受到後世儒醫的重視。事實上，病在人與人之間相傳的概念，直至明初期仍為儒醫所懷疑。上文述及的明初太醫劉純，在論及大風癩疾之傳染時，如此寫道：「若夫傳染之說，世或有之。雖因其一家、血脉飲食、居處氣味之相傳者，本無內熱積毒，亦不能染也。」⁶²寥寥數句，充分反映了儒醫對「傳染」觀念的保留。首先劉純仍然按傳統的看法，認為同一家族的人，由於體質的秉承、起居習慣的接近，病較可能會在家人間「傳染」。但就算如是，如果病毒不是已經積聚極深，也不會傳染。顯然，他對疾病人傳人的過程採懷疑的態度。其中一個原因，很可能是接觸傳染這個觀念仍未擺脫古代「疰」的意義。宋代的道教典籍最清楚地顯示「傳染」與「疰」的相關性⁶³，但亦因於此說不免涉及鬼神，以致後世之儒醫不屑討論。

然而，雖然主流醫書鮮少討論，隨著「傳染」此新詞的出現與流行，民間漸漸習慣以此詞思考病的傳播。「傳染」一詞，最早出現於宋代非醫學文獻，特別是道教文獻，而且多用來描寫癆病、癩病等，今天稱為「慢性病」的傳播。如徐鉉(917-992)的《稽神錄》裡有一個故事，提及「瓜村有

(續)——

1150. 有關《諸病源候論》裡的染病觀，參看張嘉鳳，〈疫疾與相染——以《諸病源候論》為中心試論魏晉至隋唐之間醫籍的疾病觀〉，《臺大歷史學報》27(2001)：37-82。

62 劉純編註，徐彥純，《玉機微義》(初版1396)，《劉純醫學全書》(北京：中國中醫藥出版社，1999)，頁40-389。

63 宋代道教典籍《无上玄元三天玉堂大法》(約1158)內有〈斷除尸癩品第二十四〉一節，其中有這麼一句：「唯尸癩之為禍，實九蟲之傳染……」。充分顯示「傳染」其實就是「疰」。在《中華道藏》(北京：華夏出版社，2004)，第30冊，頁470。有關此書之解題，可參考The Taoist Canon. A Historical Companion to the Daozang, ed. K. Schipper and F. Verellen (Chicago: University of Chicago Press, 2004), v. 2, pp. 1070-1073. Michel Strictmann遺作Chinese Magical Medicine (Stanford: Stanford University Press, 2002), p. 37. 提醒讀者，柳存仁先生早在1971年即提出此典籍乃最早以「傳染」論癆療之書。陳言，《陳無擇三因方》(臺北：台聯國風出版社，1991，重印1927版)，15：11下。

漁人，妻得勞瘦疾，轉相傳染死者數人。」⁶⁴ 後來洪邁(1123-1202)編的《夷堅志》裡也有幾則類似的故事⁶⁵。南宋陳敷的《農書》(約1131-1149)的一段話，透露了當時人對疾病傳染的看法：「今人有病風、病勞、病腳，皆能相傳染，豈獨疫癘之氣薰蒸也哉。」⁶⁶ 這裡幾種會「傳染」的病，皆屬慢性病，而相對之下的「疫癘」，則類似今天所謂的「急性流行病」。陳敷的用語透露出兩種其實不相同的傳播方式，前者乃人與人之間的、較緩慢的「相傳染」，陳敷提出這些例子來勸告農民，必須把生病的與健康的牲口分開飼養以防傳染。而後者則是在病氣薰蒸之下，人皆同時得病的經典傳播方式。

到了明清時期，有關癆病、風癆病「傳染」的進一步討論與發明，依然主要在道教文獻而不是主流醫籍。明初道教醫籍《仙傳外科秘方》(約1444-1445)引一段號稱出自宋代道士張繼先的「大風論」，來進一步發揮癆病傳染的各種途徑：「或在外不謹，糞坑房、床鋪、衣被、橋上樹下歇息去處，命值委死凶星，遭此惡疾纏汙其間……。」更具體詳細地舉出癆病傳染的各種媒介與場所⁶⁷。不過，雖然明初儒醫如劉純者，仍迴避討論傳染的問題，但是明中期以後不少主流醫者，已把道教文獻中的說法納入著作中。明中期的著名儒醫龔廷賢(16世紀中期)在其主要著作《濟世全書》中，這樣描寫癆病的傳播方式：「或在外不謹，糞坑、房室、床鋪衣被傳染；或命犯凶星，遭此疾纏染……。」⁶⁸ 將之對比《仙傳外科秘方》，明顯地看

⁶⁴ 徐鉉，《稽神錄》(臺北：商務印書館，1983，文淵閣四庫全書版本1042冊)，3:16上。

⁶⁵ 洪邁，《夷堅志》(臺北：商務印書館，1983，文淵閣四庫全書版本1047冊)，〈支乙第七〉：4上-下。

⁶⁶ 陳敷，《農書》(臺北：商務印書館，1983，文淵閣四庫全書版本730冊)，2:5上。

⁶⁷ 《仙傳外科秘方·脩然子大風論》，頁589。

⁶⁸ 龔廷賢，《濟世全書》(北京：中國中醫藥出版社景印萬曆本，1999)，8:1066。龔之說法，極似南宋陳言(約1121-1190)在《三因方》之類似說法，但更具體，陳說：「亦有傳染者，又非自致。此則不謹之故。」《陳無擇三因方》(臺北：台聯國風出版社，1991，重印1927版)，15:11下。

出襲受這個道教文獻的影響。不過，終明清兩代儒醫典籍只是反映了已流行於民間的「傳染」概念，仍然沒有對接觸傳染作進一步的發揮或闡述。明代唯一流傳至今的癆病專書《解圍元藪》，對癆病的傳染有詳細的描述，除了以「氣穢蟲症所犯」說明各種人傳人的可能性外，更以「源流傳染所襲」來討論家族內的傳染，其中包括性交傳染與類似「遺傳」的傳染。該書作者沈之間並非儒醫，而有明顯的道教背景；不但自謂先祖「得山林逸士，海內高人之秘典。」他自己也「廣求寰宇，仙流江湖奇士。」⁶⁹ 後世對這位邊緣醫人的認識，也僅止於此一著作。可見從宋代至清代，「傳染」觀念的出現與變化，主要由具道教特色、相對於儒醫為邊緣的醫學所主導。

接觸傳染這個概念的歷史發展特色，或許反映了這個概念其實在宋代民間已相當流行⁷⁰，被道教儀式書與方書記錄起來並加以發揮，後來明清儒醫典籍雖將之納入，但是由於仍牽涉鬼神信仰，並無深究。然而，「傳染」一詞在民間日益流行，漸漸取代傳統「相染」、「漸染」等用詞，其內容已也變得更為豐富與複雜。到了明後期，醫家已不單在討論風病、癆病等慢性病的傳播時談「傳染」，有關天行疫病的討論也漸牽涉「傳染」了。明末江南主流醫家挑戰「傷寒」觀的「溫疫」論，即利用「傳染」的觀念來說明二者之分別。17世紀中期的姑蘇人吳有性，是挑起「溫疫論」這場延燒至近代的辯論的始作俑者。在其《溫疫論》中，他特別指出「傷寒不傳染於人；時疫能傳染於人。傷寒之邪，自毫竅而入。時疫之邪，自口鼻而入。」同時，他指出時疫之邪之著人「有自天受之，有傳染受之，所感

⁶⁹ 沈之間，《解圍元藪》(上海：上海古籍出版社，1997，續修四庫全書醫家類1016)，〈原序〉，頁571。

⁷⁰ 如宋代理學家程迥與朱熹以不同論証方式來批評當時俗間為了防傳染，在癆疫時拋棄親友。程迥認為按傷寒論，所有傷寒、時氣、天行，通言疫病「皆是氣血中感此異氣，大非傳染」。然而朱熹則認為當時已無法說服民眾疫疾不傳染，應以道德教誨之。然而二者之說法均顯示宋代接觸傳染的觀念在俗間已甚普遍。見拙著“The Evolution of the Idea of Chuanran Contagion in Imperial China,” in *Health and Hygiene in Chinese East Asia*, ed. A. Leung and C. Furth (Durham: Duke University Press, 2010), pp. 25-50.

雖殊，其病則一。」如果時疫之邪氣甚盛，「所患者重，最能傳染。」如果疫氣衰少，患者只少數幾人，「且不傳染」⁷¹。對吳有性而言，只有時疫與溫疫的病氣非常強烈時，才會有人與人間的「傳染」，如果病氣弱，也不會發生傳染，只有少數人感受「天氣」而生病。從這個能引發傳染的病氣的討論，吳有性提出了「雜氣」說來修正以前以「風」、「火」、「暑」等六氣來解釋的外邪論。他認為如大麻風、各種有明顯外癥的疔瘡丹毒、吐瀉瘧疾等都不能單純用六氣來解釋，而要以出自「方土」的、無窮而「茫然不可測」的「雜氣」來解釋，間接肯定了這些疾病是能傳染的⁷²。就是說，吳有性強調了地方疫病的傳染性，以別於無傳染性的經典傷寒類疾病。「傳染」這個概念即從民間與道教醫學傳統進入明清主流醫學的討論；雖然直至清末有關的爭議仍不斷，《溫疫論》後為清代乾隆間四庫全書收入，多少顯示其在清代主流醫統中的地位⁷³。

吳有性有關溫疫與傳染的發明與他的醫學訓練背景固然有密切關係，不過同樣重要的，則是當時中國南方疫疾流行所帶來的經驗上的刺激⁷⁴。當時流行的各種疫疾到底是甚麼病，按當時文獻對病癥的記載，實在無法作準確的判斷，也無法以今天疾病的定義去了解當時的疫疾。但至少可以確定有多種不同的疾病，啟發了「雜氣」說。其中許多特別流行在南方的所謂「新」病，包括急性與慢性的如沙症、楊梅瘡等，都對明後期至清的傳染觀產生影響⁷⁵。其中，16世紀初以來從廣東開始流行的「廣瘡」或「楊梅

瘡」特別值得注意。醫史學者普遍認為這個病就是梅毒，對後來的「傳染」觀有重要的影響。正德時(1506-1521)吳中醫者俞弁指出「弘治末年，民間患惡瘡，自廣東人始。吳人不識，呼為廣瘡。又以其形似，謂之楊梅瘡。」後李時珍在其名著《本草綱目》(1579-1593)亦確定楊梅瘡為古籍不載之新病，並釋其因：「嶺表風卑炎，嵐瘴熏蒸，飲啖辛熱，男女淫猥。濕熱之邪，積畜既深，發為毒瘡，遂為毒瘡，遂致互相傳染……皆淫邪之人病之。」李時珍之描述，透露出他對此病傳播歷史的看法：其初嶺南風土產生了特殊病氣，滋生了毒瘡，後乃經過當地「淫邪」之人的性交接觸傳染，傳遍天下。楊梅瘡明顯的外在病癥與傳染途徑，直接影響了明清醫者對有類似外在病癥的麻風之病因解釋，上述沈之間不但將兩病混為一談，也以廣瘡的性交傳染來解釋癩病⁷⁶，影響了整個清至近代的看法。

上述明清間傳染觀的變化，反映了身體觀的微妙轉變。此時許多被認為有傳染性的疾病被歸類為南方病，透露出醫者在宋元以後漸建構成形的「方土觀」，及南人、北人身體稟賦不同的看法，此一觀點到清代後期則已成老生常談⁷⁷。另外一些元以後漸流行的病因新說法，如元代危亦林《世醫得效方》(1266)的「胎毒」論：「皆因在胎中父母恣情交合所致。」也深刻地影響了後來的身體觀。這個類似「遺傳」的傳染觀，更新了明清兩代有關天花、癩病及許多疔瘡等有皮膚癥狀疾病的病因論⁷⁸。此外，又如有關「命門」的討論也在明代特別熱烈，足見此時醫界對生命的源頭、身體構

(續)

71 吳又可，《溫疫論補證》(臺北：新文豐出版公司，1985景印1895揚州文富堂藏版)，上：9、11；下：43。

72 吳又可，《溫疫論補證》，下：42-44。

73 有關傳染的爭議，直至清末1910-11東北鼠疫發生時仍不斷，參看雷祥麟Sean Hsiang-lin Lei, "Sovereignty and Microscope: Constituting Notifiable Infectious Disease and Containing the Manchurian Plague (1910-11)," in *Health and Hygiene in Chinese East Asia*, ed. A. Leung and C. Furth (Duke University Press, 2010), pp. 73-106.

74 Helen Dunstan, "The late Ming epidemics: a preliminary survey," *Ch'ing-shih wen-t'i*. 3.3 (1975): 1-59.

75 下文摘自拙作〈疾病與方土之關係：元至清間醫界的看法〉，《第三屆國際漢學會

議論文集：性別與醫療》(臺北：中研院近史所，2002)，頁179-182。

76 梁其姿，〈中國麻風病概念演變的歷史〉，《中央研究院歷史語言研究所集刊》70.2(1999): 422。

77 梁其姿，〈疾病與方土之關係：元至清間醫界的看法〉，頁165-212。Marta Hanson, "Robust Northerners and Delicate Southerners: The 19th-Century Invention of a Southern Medical Tradition," *Positions* 6.3(1998): 515-550.

78 有關天花、種痘與胎毒的關係，參看Chang Chia-feng, "Dispersing the Foetal toxin of the Body: Conceptions of Smallpox Aetiology in Pre-modern China," in *Contagion: Perspectives from Pre-modern Societies*, ed. L. Conrad and D. Wujastyk (Ashgate, 2000), pp. 23-38.

造有深刻的反省與不同的看法⁷⁹。尤有進者，在元代儒醫朱震亨的巨大陰影下，明清以來許多相關的身體觀，如「心」、「神」、「精」，或身體內之「火」等，都與此後的理學發展相關連⁸⁰，但同時卻也依然離不開道教的影響⁸¹。主流與邊緣醫學在身體觀的建構上相互交錯。到了明末，兩者時而分流、時而融合，不容易清楚分隔。這些觀念在養生術上特別得到彰顯，中古時期道教傳統內的養生、房中術等，到了明末受了理學影響後，已有所改變。如袁黃(1533-1606)的祈嗣論及攝生論，實匯合著儒與道的思想傳統與身體觀⁸²。明末以來大量刊行的各類養生書的確反映了此時變化多端的身體觀。我們或許甚至可以從中看到不同社會階層、行業、地區、甚至性別的身體觀。這是個待深究的有趣問題，也與社會文化史息息相關。

四、結論

有關明清時代醫療社會史的研究，直至目前，還說不上有太多的成果累積。與同期歐洲的醫療社會史研究相比，有關中國的研究成果實在很少，在深度上亦仍待加強。這個現況與明清時期沒有固定而全面的醫療制度有關，以致於學者沒有太多可用的、有系統的檔案資料，只能依靠零散的地方史料與文集，以及往往不太能反映社會實況的醫書等進行研究。這個客觀上的研究條件困難，當然對學者產生了許多限制。雖然如此，在這些缺

乏系統的史料與為數不多的二手研究基礎上，我們仍然可以大概勾畫出一個變化中的明清醫療社會史的輪廓。

本文從明清的醫者與知識傳播，談到有形與無形的制度，最後從傳染觀的普及化提到變化中的身體觀。貫穿這三部分的一個論點，就是宋元以後儒醫身分出現所產生的邊緣醫學，與兩者在明清時代的消長關係。由於明清社會沒有如歐洲同期的出現具有權威性的制度，如醫學大學、藥業行會、醫院組織等，精英醫者對非主流醫學的排斥、打壓、或改造，也從不徹底，「儒醫」的理念與近代西方的「專業化」理念是截然相異的。所謂儒醫與邊緣醫的知識與療法之間的界線並不固定，兩者間的交流也從不斷。

明清主流醫學與邊緣醫學的分流，形成了各自的醫療市場。主流醫學發展出以儒學為楷模的行為規範，而邊緣醫學則終明清兩代仍無清楚的專業規範。但是新的身體觀與疾病觀，卻顯示了多元醫學傳統的交集。各種醫學知識的傳播，隨著印刷業的蓬勃發展，各類醫療者在社會不同層面的游走，而滲透進入社會各階層。不論學問高深的儒者、稍識字的人、或目不識丁者，不論男女、階級等都多少能掌握部分的醫學知識。其中不乏偶爾客串醫者，醫人或自醫，有的甚至成為專職的醫者。而知識階層的病家也特別有能力質疑、挑戰、評斷醫家的診斷與療法。在這個意義上，醫者與病家之間的界線並不像今天的清楚。

明清的醫學不單沒有權威的監督制度，而且同時是在醫學知識普及與多元之社會基礎之上發展起來的。無論是醫學知識或身體觀念的建構、醫療行為之規範、及醫病關係等發展，都必然隨著具體社會變化的脈絡而發展。地域上、時間上、階層上、性別上的差別，尤其不容忽視。我們對這些細節認識仍很淺薄，或許這些就是以後學者必須努力探討的地方。

⁷⁹ 張嘉鳳，〈生化之源與立命之門——金元明醫學中昏「命門」試探〉，《新史學》9.3(1998): 1-48。

⁸⁰ Charlotte Furth, "The Physician as Philosopher of the Way: Zhu Zhenheng (1282-1358)," *Harvard Journal of Asiatic Studies* 66.2(2006): 423-459.

⁸¹ Kristofer Schipper, *The Taoist Body*. Translated from the French by Karen Duval. Berkeley (University of California Press, 1993). 蓋建民，《道教醫學》(北京：宗教文化出版社，2001)，第三章〈匯入大海：明清道教醫學流派的新走向〉。

⁸² Charlotte Furth, *A Flourishing Yin. Gender in China's Medical History, 960-1665* (Berkeley: University of California Press, 1999), Ch. 6 "Nourishing Life: Ming Bodies of Generation and Longevity," pp. 187-223.

Yuan-peng Chen(陳元朋)	
Confucian physicians in the Song dynasty.....	245
Ki-Che A. Leung(梁其姿)	
Development in medical studies in societies of the Ming and Qing dynasties.....	307
Chung-lin Chiu(邱仲麟)	
Medical culture and medical expenses in the Ming dynasty.....	337
Ping-yi Chu(祝平一)	
Disease, text and society: concept of acute filthy disease in the Qing dynasty	387
Che-chia Chang(張哲嘉)	
Arguments on the human bone structure in the Qing dynasty	431
Guo-li Pi(皮國立)	
History of febrile diseases in the Qing dynasty: An re-examination on the history of diseases in Chinese medicine.....	475
Shang-jen Li(李尚仁)	
Western medical practitioners in late Qing China.....	527

中央研究院叢書
中國史新論 醫療史分冊

2015年6月初版

定價：新臺幣750元

有著作權・翻印必究

Printed in Taiwan.

主編 生命醫療史研究室
發行人 林載爵

出版者 中央研究院
聯經出版事業股份有限公司
地址 台北市基隆路一段180號4樓
編輯部地址 台北市基隆路一段180號4樓
叢書主編電話 (02) 87876242 轉212
台北聯經書房 台北市新生南路三段94號
電話 (02) 23620308
台中分公司 台中市北區崇德路一段198號
暨門市電話 (04) 22312023
台中電子信箱 e-mail: linking2@ms42.hinet.net
郵政劃撥帳戶 第0100559-3號
郵撥電話 (02) 23620308
印刷者 世和印製企業有限公司
總經銷 聯合發行股份有限公司
發行所 新北市新店區寶橋路235巷6弄6號2樓
電話 (02) 29178022

行政院新聞局出版事業登記證局版臺業字第0130號

本書如有缺頁、破損，倒裝請寄回台北聯經書房更換。 ISBN 978-986-04-4854-2 (精裝)
聯經網址：www.linkinbooks.com.tw
電子信箱：linking@udngroup.com

國家圖書館出版品預行編目資料

中國史新論 醫療史分冊/生命醫療史研究室主編.

初版. 臺北市. 中研究、聯經. 2015年6月(民104年).

592面. 17×23公分(中央研究院叢書)

ISBN 978-986-04-4854-2(精裝)

1.中國醫學史 2.文集

410.92

104007310